

ふりがな
氏名 明・大 男・女 昭・平・令 年 月 日生 才
住所 〒 TEL - 携帯番号 - -
勤務先(学校名) 職業 紹介者

できるだけ正確にご記入ください。

◆本日来院された主な理由は？

1. 歯が痛い 2. 虫歯がある 3. 虫歯がないかみてほしい 4. はぐきがはれた 5. 顔がはれた
6. 口臭 7. 歯並びが悪い 8. はぐきから血が出る 9. 入れ歯を入れたい
10. インプラントの相談をしたい 11. その他 _____

◆歯の治療の経験は？

無・有 病院名： _____

◆口の中に麻酔の注射をした事がありますか？

無・有

◆今まで歯を抜いたことがありますか？

無・有

◆麻酔や抜歯で気分が悪くなった事がありますか？

無・有

◆血が止まりにくかった事がありますか？

無・有

◆薬や食べ物でアレルギー(じん麻疹ができたり気分が悪くなったり)を起こした事がありますか？

有(どんな薬・食物で _____)・無

◆今までにかかった病気、または、現在かかっている病気は？

1. 心臓病 2. 糖尿病 3. 肝臓病 4. 腎臓病 5. アレルギー体質
6. 高血圧(/) 7. 低血圧(/) 8. その他 病名： _____

◆家族の方で肝臓疾患の方はいますか？

いいえ・はい(B型,C型,薬物など) 病名： _____

◆現在妊娠中ですか？(女性の方)

いいえ・はい(/ 月/出産予定日： 年 月 日)

◆現在授乳中ですか？(女性の方)

いいえ・はい

◆現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ・はい(薬名： _____)

◆現在かかりつけの病院はありますか？

いいえ・はい(病名： _____)

◆今回の治療では？

1. とりあえず今、気になる(痛い)所だけ治したい 2. 悪いところは全部治したい

◆治療にかかる時間(期間)のご希望

1. 多少時間が長くても、一度に多くの治療をして早く終わらせたい
2. 来院期間が長くなってもいいから、一回の治療時間を短くしてほしい

◆当院を何でお知りになりましたか？

1. ホームページ・ネット 2. 近所・通りがかり 3. 知人(紹介者名： _____)
4. 雑誌(_____) 5. その他(_____)

◆その他ご希望があればご記入ください。

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。
 継続的な管理と指導を受けられる方は、大枠内の必要事項をご記入ください。
 ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

令和 年 月 日

フリガナ お名前	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)			ヶ月	性別:男・女
住 所	職業・学校	TEL ()	-		
		携帯	-		
<p>○以下のことについてお伺いします(□にチェック、または該当するものに○を記入してください)</p> <p>1. 本日はどうされましたか(歯が痛い 歯ぐきがはれた むし歯がある 歯石をとりたい 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない 歯を抜いてほしい その他)</p> <p>2. お口のお手入れについて ・歯磨きをする時は □起床後 □食後(朝・昼・夕) □就寝前 1回()分位 ・歯ブラシ以外の清掃用品は □フロス □歯間ブラシ □その他</p> <p>3. 喫煙習慣 □なし □あり</p> <p>4. 母乳・哺乳瓶でミルクを飲んでいる □はい □いいえ</p> <p>5. 食生活習慣について ・習慣的飲料物 □なし □あり() ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □あまりしない</p> <p>6. 今までにかかった病気、または現在、治療中の病気はありますか □ない □ある 病名(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧・その他)</p> <p>7. 現在、飲んでいる薬はありますか □ない □ある 薬名()</p> <p>8. 歯科治療で麻酔注射をしたり、歯を抜いたことがありますか □いいえ □はい</p> <p>9. その時具合が悪くなったことはありますか □いいえ □はい</p> <p>10. 食べ物や薬でアレルギーはありますか □ない □ある()</p> <p>11. 現在、妊娠中ですか □いいえ □はい(ヶ月) □検査を受ける予定</p> <p>12. 本日の体調はいかがですか □良い □普通 □悪い</p>					
備考					

・次回から文書による情報提供の不要な方は上記備考欄に「文書不要」とご記入ください。
 ・「不要」とされた場合でも歯科医師の判断で文書をご提供することがあります。

○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(///部分) □なし □あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) □なし □あり
- ・歯の動揺 □なし □あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) □なし □あり
- ・口腔機能問題 □なし □あり □改善

○歯や口の状態と全身の健康

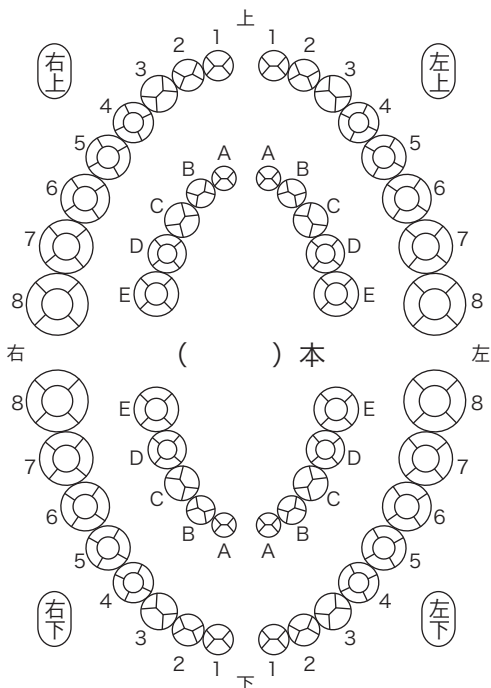
- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・進行止め・冠・根の治療) □抜歯
- 歯肉炎・歯周病の治療 □義歯・ブリッジ □クリーニング
- 予防(フッ素・シーラント) □その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)



医療機関名 医療法人社団さくら会
 (担当歯科医) ハロー小児歯科・歯科口腔外科